

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

Escola Superior de Altos Estudos

**Experiências Dissociativas e Traumáticas,  
Otimismo, Esperança, *Mindfulness* e Autocompaixão em  
Pessoas com Deficiência Visual**

Maria da Conceição Marques da Silva

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



Escola Superior de Altos Estudos

Experiências Dissociativas e Traumáticas,  
Otimismo, Esperança, Mindfulness e Autocompaixão  
em Pessoas com Deficiência Visual.

Maria da Conceição Marques da Silva

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de  
Mestre em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo,  
Professora auxiliar no ISMT

Coimbra, novembro de 2014

*“Para atingir a verdade faltam-nos dados que bastem,  
e processos intelectuais que esgotem  
a interpretação desses dados.”*

*Fernando Pessoa*

## *Agradecimentos*

Quero nestas linhas expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora Professora Doutora *Helena Espírito Santo* pela disponibilidade, orientação e aconselhamento durante este percurso nem sempre fácil.

Agradeço também a *todos os Participantes* que responderam ao nosso formulário e que assim possibilitaram a finalização deste percurso e prestaram uma contribuição fundamental para mais um passo no avanço da investigação científica desta área.

Aos *Colegas* de investigação que comigo partilharam os momentos de dificuldades e de satisfação, obrigada. À *Tânia*, obrigada pelo companheirismo e pelos momentos de ajuda.

Ao meu *Pai*, *in memoriam*, e à minha *Mãe*, agradeço o Amor e os valores que me transmitiram e que foram fonte de inspiração nos momentos mais difíceis.

Ao meu *Marido* e às minhas *Princesas* deixo um agradecimento com muito Amor pelo suporte emocional e pela paciência que tiveram pela minha ausência.

## Resumo

**Introdução:** A deficiência visual é classificada em duas categorias: a cegueira e a amblíopia. A cegueira, de um ponto de vista do desenvolvimento, também é classificada em duas categorias: congénita e adquirida. Estudos apontam para a existência de limitações cognitivas, perfis de personalidade mal adaptativos e probabilidade de psicopatologia, superiores em sujeitos com deficiência visual adquirida. É conhecida a relação entre as experiências traumáticas e dissociação, bem como, estas são duas condições conducentes a sintomas psicopatológicos. Outros estudos, do âmbito da psicologia positiva, têm demonstrado que o otimismo, autocompaixão, o *mindfulness* e a esperança influenciam positivamente a depressão, a ansiedade e o *stress*.

**Objetivo:** Este estudo pretendeu investigar se há diferenças nas dimensões positivas, Esperança, Otimismo, *Mindfulness* e Autocompaixão pelo tipo de deficiência visual, congénita ou adquirida. Pretendemos ainda estudar a intensidade e gravidade da dissociação que frequentemente se associa à presença de experiências traumáticas e ainda da sintomatologia depressiva, ansiedade e *stress*, verificar se haverá diferenças entre os dois grupos de cegueira. Temos como último objetivo verificar se há relação entre as variáveis positivas e as variáveis negativas.

**Metodologia:** A amostra é constituída por um total de 20 sujeitos, tendo 11 sujeitos deficiência visual congénita ( $n = 11$ ; idade média:  $M = 39,09$ ;  $DP = 8,8$ ) e 9 sujeitos deficiência visual adquirida ( $n = 9$ ; idade média:  $M = 44,8$ ;  $DP = 14,3$ ). Todos os sujeitos responderam a uma bateria de testes composta por: um questionário sócio-demográfico, a *Dissociative Experiences Scale* (DES) para avaliar as experiências dissociativas, a *Depression, Anxiety and Stress Scale-21/DASS-21* para avaliar os estados emocionais negativos e para avaliação das experiências traumáticas utilizamos a TEC - Escala de Experiências Traumáticas. Para avaliação das experiências positivas foram utilizadas: a Escala da Auto-Compaixão (SELFCS), o Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI) – Versão Reduzida, a Escala do Otimismo e a Escala sobre a Esperança.

**Resultados:** Verificou-se que os sujeitos com deficiência adquirida reportam um número de experiências traumáticas significativamente mais elevado que os sujeitos com deficiência congénita (respetivamente,  $M \pm DP = 6,22 \pm 1,99$  vs.  $M \pm DP = 3,60 \pm 2,32$ ;  $t = 2,632$ ;  $p < 0,05$ ). Através da análise do tamanho do efeito entre os dois grupos, analisado através do modelo de Hedges ( $g$ ), os resultados obtidos apresentam tamanhos de efeito alto no total das experiências traumáticas ( $g = 1,16$ ) e no item da TEC abuso físico ( $g = 0,87$ ). O item da escala FMI *presença* apresenta um valor médio ( $g = 0,77$ ). Comparando as médias obtidas no

nosso estudo com as médias dos estudos originais, nas escalas DES, DASS-21 e TEC, no nosso estudo encontramos médias superiores. Nas escalas de construtos positivos SELFCS, FMI e Otimismo as médias encontradas no nosso estudo são inferiores a outros estudos que usaram os mesmo instrumentos.

**Conclusões:** Com base na presente investigação, concluímos que os indivíduos com deficiência visual adquirida apresentam um número mais elevado de experiências traumáticas, do que os indivíduos com deficiência congénita. Potencialmente, este resultado mostra que a aquisição de deficiência visual poderá constituir uma experiência traumática ou propiciar a ocorrência de experiências traumáticas. Dada a importância deste achado para a intervenção, sugere-se a replicação deste estudo com amostras maiores, e comparação com sujeitos não reabilitados e/ou sujeitos com outro tipo de deficiências congénitas e adquirida.

**Palavras-chave:** Deficiência Visual; Experiências Dissociativas; Experiências Traumáticas; Otimismo; Esperança; *Mindfulness*; Autocompaixão.

### Abstract

**Introduction:** Visual impairment it's classified in two categories: blindness and amblyopia. Blindness from a developmental point of view is also classified in two categories: congenital and acquired. Studies aim for the existence of cognitive limitations, badly adapted personality profiles and a risk of psychopathology, superior in subjects with acquire visual impairment. The relation between traumatic experiences and dissociation are known as well as this two conditions leading to psychopathologic symptoms. Other studies in the range of positive psychology have shown that optimism, self-love, mindfulness and hope will positive influence depression, anxiety and stress.

**Goal:** This study aim was to investigate if there are any differences in the positive dimensions, hope, optimism, mindfulness and self-love regarding the type of visual impairment, congenital or acquired. We also aimed to study the intensity and seriousness of the dissociation that is usually associated with traumatically experiences and also of the depressive symptomatology, anxiety and stress and check if there are any difference in the two types of blindness. Our final point is to check if there are any relation between the positive and negative variables.

**Methodology:** The sample is constituted of a total of 20 subjects, where 11 subjects have congenital visual impairment ( $n = 11$ ; average age:  $M = 39,09$ ;  $DP = 8,8$ ) and 9 subjects have acquire visual impairment ( $n = 9$ ; average age:  $M = 44,8$ ;  $DP = 14,3$ ). Every subject responded to a series of tests that included: a social demographic questionnaire, a *Dissociative Experiences Scale* (DES) in order to evaluate the dissociative experiences, a *Depression, Anxiety and Stress Scale -21/DASS-21* to evaluate the negative emotional states and in order to evaluate traumatic experiences we used TEC- *Traumatic Experiences Scale*. To evaluate the positive experiences we used: a *Self-Compassion Scale* (SELFCS), the *Inventory of Mindfulness from Freiburg* (FMI) - reduced version, the *Optimism Scale* and a *Hope Scale* regarding hope.

**Results:** We were able to verify that the subjects with acquire visual impairment report a much higher number of traumatic experiences than the subjects with congenital visual impairment (respectively,  $M \pm DP = 6,22 \pm 1,99$  vs.  $M \pm DP = 3,60 \pm 2,32$ ;  $t = 2,632$ ;  $p < 0,05$ ). Through the analyses of the size in the effect of the two groups, analysing through the Hedges model ( $g$ ), the final findings present high effect in the total of the traumatically experiences ( $g = 1,16$ ) and in the item of TEC physical abuse ( $g = 0,87$ ). The FMI scale presented and medium value ( $g = 0,77$ ). Comparing the obtain averages in our study with the avatars of the original studies, on the DES scales, DASS-21 and TEC, in our study we found higher averages. On the positive constructs SELFCS, FMI and optimism the averages found in our study are inferior than the ones found in the other studies that used the same tools.

**Conclusions:** Based on the present investigation, we can conclude that the individuals with visual impairment acquired present a higher level of traumatically experiences than the individuals with congenital impairment. Potentially, this result shows that the acquisition of a visual impairment can constitute a traumatic experience or help in the occurrence of traumatic experiences. Give the importance of this finding, it is suggested the reapplication of this study in higher samples and the comparison with subjects non rehabilitated and/or subjects with other types of acquired and congenital impairments.

**Keywords:** Dissociative Experiences, Traumatic Experiences, Optimism, Hope, Mindfulness, Self Compassion.

## Introdução

A deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual que engloba prejuízos na capacidade da visão, os quais implicam níveis incapacitantes para o exercício de determinadas tarefas da vida da pessoa. A forma de viver com deficiência resulta da interação de diversas variáveis na vida do sujeito com deficiência visual. A Organização Mundial de Saúde (2011) refere que a deficiência faz parte da condição humana e que quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento da sua vida.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), a deficiência visual refere-se a uma alteração das estruturas e funções do corpo (OMS, 2011). A mesma organização classifica a deficiência visual em duas categorias, a cegueira e a ambliopia, diferenciadas em função dos critérios de *acuidade visual* (do melhor olho após correção) e *campo visual*. De um ponto de vista do desenvolvimento da pessoa com deficiência visual, a OMS (2011) classifica a cegueira em três tipos, congénita, de nascença ou até um ano de idade; precoce, se surge entre o 1º e o 3º ano de idade; adquirida, quando o seu surgimento ocorre após os 3 anos de idade.

Tendo em conta a amostra recolhida para este estudo, iremos reportar-nos apenas às consequências relativamente à cegueira congénita e à cegueira adquirida, pelo que assumiremos sistematicamente a existência destes dois grupos.

Na cegueira congénita, dada a ausência ou pouco referencial visual (imagem mental), a pessoa possui uma representação intelectualizada do ambiente (cores, perspetivas, volumes, relevos) e existe ausência do conceito visual (ACAPO, 2014). A lacuna na apreensão dos estímulos devido à ausência da perceção visual é uma das principais dificuldades que os cegos congénitos enfrentam (Cunha e Enumo, 2003).

Na cegueira adquirida, também designada cegueira tardia ou recente, a pessoa possui toda a riqueza do património visual anterior à cegueira e existe representação de um objeto ou de um ambiente por analogia (ACAPO, 2014). A cegueira adquirida causa uma rutura nos padrões já constituídos de comunicação, mobilidade, trabalho e sentimentos sobre si próprio, tornando-se uma experiência inevitavelmente traumática (Amiralian, 2003).

Mesmo possuindo outros órgãos dos sentidos, a visão é o órgão mais estimulado na interação do sujeito com o mundo. Ora, o indivíduo com deficiência visual apresenta comprometimento nesta importante área sensorial responsável pela representação do mundo.



Contudo, apesar desse comprometimento, a pessoa com deficiência visual deve ser compreendida como um ser integral (Cunha e Enumo, 2003). Segundo Camargo (2012), para a pessoa com deficiência visual, a sua percepção do mundo dá-se através da audição, do tato, do olfato e do paladar. Alma, Van der Mei, Groothoff e Suurmeijer (2011) concluíram que a deficiência visual está significativamente associada a um decréscimo da qualidade de vida em vários domínios. De facto, a perda de visão provoca um impacto muito grande na qualidade de vida da pessoa afetada e também nos familiares diretos.

Dos cinco sentidos que o ser humano possui, a visão tem sido considerada o sentido mais importante (Leo, Hichey, Meneghel, Cantor e Franzp, 1999). Os mesmos autores referem que quando comparado um grupo de pessoas com deficiência visual com um grupo de controlo com deficiência auditiva, a deficiência visual, por si só, pode afetar profundamente os indivíduos. Ammerman, Van Hasselt e Hersen (1986), num estudo de revisão de literatura, os dados recolhidos apontam para que os sujeitos com deficiência visual adquirida apresentem a existência de limitações cognitivas, perfis de personalidade mal adaptativos e probabilidade de psicopatologia.

Silveira e Sequeira (2002), num estudo realizado em Portugal com 140 participantes, dos quais 60 com deficiência visual adquirida e 80 participantes sem deficiência, verificaram diferenças estatisticamente significativas na população com deficiência em relação ao grupo de participantes sem deficiência. As diferenças obtidas reportam-se à área da depressão, seguida do disfuncionamento social e ansiedade, em que os indivíduos com cegueira surgem com valores mais elevados, denotando compromisso psicológico nessas áreas.

Além da perda do sentido da visão, a cegueira adquirida também origina outras perdas, tais como, perdas emocionais, perdas das habilidades básicas (mobilidade, execução das atividades diárias), privação da atividade profissional, perda na comunicação e perda da personalidade como um todo (Ministério da Educação - Secretaria de educação à distância, 2000).

Almeida e Araújo (2013) referem os cegos congénitos e os cegos com deficiência adquirida são diferentes nas formas de representação mental que resultam em diferentes capacidades de processamento cognitivo.

O impacto da deficiência visual (congénita ou adquirida) sobre o desenvolvimento individual e psicológico varia muito entre os indivíduos e depende de diversos fatores: a idade em que ocorre, o grau da deficiência, a dinâmica geral da família, da personalidade da pessoa, entre outros. A deficiência em si pode também afetar a gestão de vida, a autoestima e a participação do sujeito na vida social. A CIF reconhece fatores pessoais, tais como

motivação e autoestima, como possíveis fatores influenciadores da participação da pessoa com deficiência na vida em sociedade e, defende que a deficiência deve ser entendida numa interação dinâmica entre a condição da saúde, fatores contextuais, tais como fatores pessoais e ambientais, bem como preconiza a intervenção a partir de uma perspectiva biopsicossocial (OMS, 2011). No entanto, falta perceber o potencial papel de outros aspetos. Assim, vários estudos têm demonstrado que os processos positivos<sup>1</sup> influenciam a pessoa e o seu comportamento. Um desses processos é o otimismo que é visto como uma característica ou dimensão importante da personalidade e um estilo de vida cognitivo-afetivo sobre como o sujeito processa a informação, influenciando a pessoa e o seu comportamento (Barros-Oliveira, 2010). Segundo Custódio, Pereira e Seco (2010), o construto do otimismo é ainda uma predisposição emocional e cognitiva para sentir e pensar que os aspetos positivos da vida prevalecem sobre os negativos. O otimismo está relacionado com um estilo exploratório, o bom humor, felicidade, esperança, perseverança, bom nível de realização, resiliência e saúde física (Vitorino, Morgado, e Sequeira, 2011). Custódio, Pereira e Seco (2010) referem que quanto mais otimista o indivíduo for, mais será capaz de lidar de uma forma adequada com as situações indutoras de stresse. No entanto, apesar de todos os benefícios referidos pela literatura, Vitorino, Morgado e Sequeira (2011) salvaguardam que é assim “desde que não seja em excesso, pois o *otimismo em exagero* pode produzir efeitos indesejados, conduzindo as pessoas a adotarem comportamentos de risco” (p. 347).

Outro processo, a esperança, é um construto relacionado com o futuro e que constitui um elemento importante na vida do ser humano. Barros-Oliveira (2010) refere que a esperança é uma atitude, emoção, valor, virtude, das mais positivas ou necessárias para o ser humano. O mesmo autor refere ainda que uma maior esperança reflete um elevado sentido de energia mental e de meios para atingir os objetivos. A esperança está intimamente ligada à busca de significado, ao sentido da vida e, parece ser uma necessidade no mundo atual; a esperança influencia o bem-estar tanto físico, como emocional e espiritual (Viana, 2011) e produz comportamentos no sentido de atingir objetivos (Magão e Leal, 2002). A esperança significa uma perspetiva quanto ao futuro, mais ou menos justificada. A esperança é um parente próximo do otimismo: enquanto no otimismo prevalece a dimensão cognitiva, a esperança é mais ampla agregando a dimensão emocional (Barros-Oliveira, 2010).

Tal como o otimismo e a esperança, o *mindfulness* favorece um estilo de vida positivo. O *mindfulness* tem sido definido como prestar atenção com propósito, no momento

---

<sup>1</sup> Aplicamos o conceito de processos positivos ao otimismo, esperança, autocompaixão e à capacidade de estar em consciência plena (*mindfulness*).

presente e sem ajuizar a experiência (Gregório e Pinto-Gouveia, 2011). Dados obtidos na investigação apontam para que indivíduos com pontuações mais elevadas de *mindfulness* tem menor sofrimento psicológico (Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht, e Schmidt, 2006). Num estudo qualitativo, efetuado a pessoas com deficiência visual, os autores concluíram que a prática de *mindfulness* influenciou os participantes em quatro áreas: bem-estar espiritual, emocional, social e físico. O estudo identificou ainda a prática de *mindfulness* como gerador de um sentimento de conexão interna (intrapessoal) e externa (interpessoal e transpessoal) (Marquès-Brocksopp, 2014). Ainda numa perspetiva positiva, diversos estudos têm demonstrado que a autocompaixão, pode ser um processo adaptativo que aumenta a resiliência e o bem-estar (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011; Neff, 2003a, 2003b). Os resultados têm sugerido ainda que a autocompaixão está associada a vários indicadores de funcionamento psicológico saudável (Neff, 2003a).

A autocompaixão representa a compaixão e capacidades compassivas dirigidas ao próprio (Cunha, Xavier, e Vitória, 2013), envolvendo três componentes interligadas e que interagem reciprocamente, a saber, calor/compreensão *versus* autocrítica, sentimentos de condição humana *versus* isolamento e *mindfulness* *versus* sobreidentificação (Neff, 2003a).

Da pesquisa bibliográfica efetuada para o presente trabalho, não encontrámos nenhum estudo com as variáveis autocompaixão, esperança e otimismo e apenas um estudo com a variável *mindfulness*, em pessoas com deficiência visual.

Os estudos e investigações sobre experiências positivas nesta população parecem-nos importantes, face às possibilidades de intervenção perspetivando um maior bem-estar, autonomia, consciência de si e da sua relação com o mundo.

Pelo exposto, este estudo pretendeu investigar se há diferenças nestas dimensões positivas pelo tipo de deficiência visual, congénita ou adquirida.

Considerando as perdas e o maior comprometimento das pessoas com cegueira adquirida, incluímos ainda como objetivo da nossa investigação, estudar a intensidade e a gravidade da dissociação que frequentemente se associa à presença de experiências traumáticas, dissociativas e da sintomatologia depressiva, ansiedade e stress e verificar se haverá diferenças entre os dois grupos de cegueira. Depois queremos verificar se há relação entre as variáveis positivas e as variáveis negativas.

## **Materiais e Métodos**

### **Procedimentos**

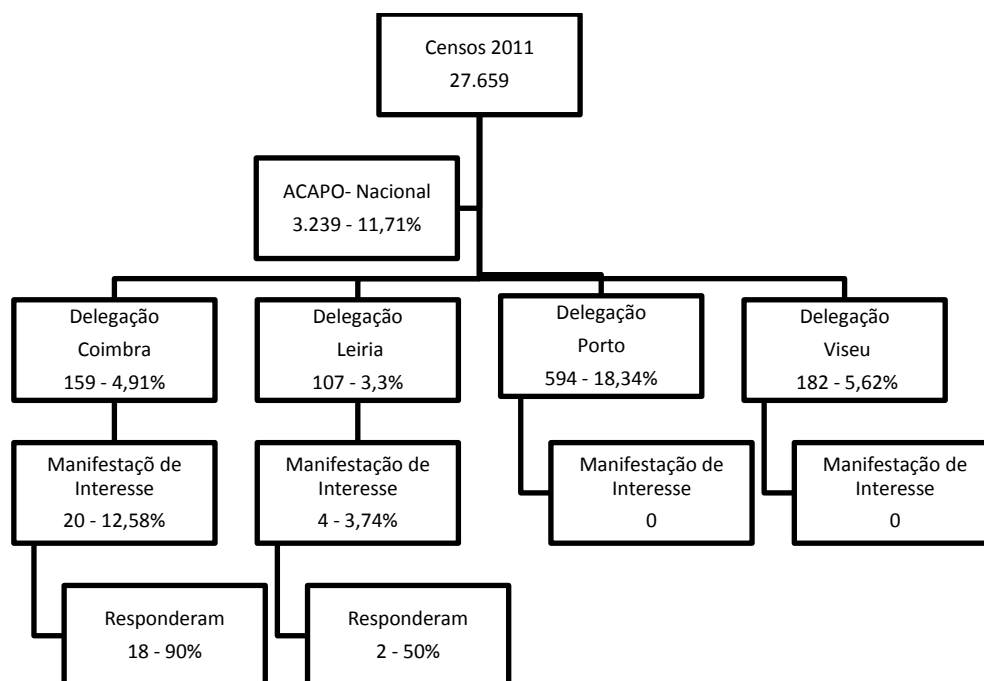
Foi efetuado o pedido de colaboração para a aplicação dos questionários necessários ao cumprimento da investigação, via email (apêndice 1), à direção da delegação de Coimbra da ACAPO. O referido pedido solicitava autorização para aplicação dos questionários aos utentes da delegação. Em colaboração com a investigadora, a delegação de Coimbra, através do coordenador do Centro de Atendimento/Acompanhaento e Animação para Pessoas com Deficiência, solicitou às delegações de Viseu, Porto e Leiria que divulgassem a investigação junto dos seus utentes solicitando aos mesmos a sua participação na investigação. As delegações contactadas foram selecionadas pela sua proximidade geográfica, permitindo uma maior facilidade na deslocação e de dispêndio de tempo na investigação. Do contacto com estas quatro delegações, a amostra incluiu 18 sujeitos da delegação de Coimbra (local de estágio da investigadora) e 2 sujeitos da delegação de Leiria. Da delegação de Leiria, 4 indivíduos, inicialmente, disponibilizaram-se para participar, mas apenas 2 sujeitos compareceram na data marcada com a investigadora. Nas delegações de Viseu e do Porto, não obtivemos nenhuma intenção de participação por parte dos utentes contactados pelas delegações.

Para uma melhor compreensão, da dinâmica na recolha da amostra, apresentamos o organigrama 1. Este organigrama representa o total da população portuguesa com deficiência visual, valores recolhidos através dos Censos 2011 (INE 2012), e a distribuição por percentagem dos associados da ACAPO, das delegações contactadas e das intenções de participação no nosso estudo.

De salientar que, o número de população com deficiência visual apresentada nos Censos 2011, não é diferenciada pelo grau de deficiência visual. Sabemos apenas que são pessoas que se identificam com incapacidade para ver de 60% ou superior, o que nos impossibilita de quantificar quais as pessoas com cegueira e quantas com baixa visão.

## Organograma 1

*Total de população portuguesa com deficiência visual e delegações contactadas para o presente estudo.*



Após a respetiva autorização da delegação, procedeu-se à recolha de dados. Pela especificidade dos participantes, pessoas com deficiência visual, os questionários foram lidos e preenchidos, após a resposta do participante, pela investigadora. A cada participante foram explicados os principais objetivos da investigação e a metodologia utilizada. Foi ainda explicado que o participante tinha a possibilidade de desistir a qualquer momento, se assim o desejasse, sem prejuízo para si.

A recolha de dados foi efetuada na delegação da ACAPO de Coimbra, no gabinete de psicologia, de forma individual e sem interrupções durante a aplicação dos mesmos.

A recolha iniciou-se com a declaração de consentimento informado (apêndice 2) e após a sua leitura e aceitação por parte do participante foram aplicados os seguintes questionários: questionário sociodemográfico, questionário de avaliação de sintomas psicopatológicos (DASS-21), *Depressão, Ansiedade e Stress*; a Escala de Experiências Dissociativas (DES); a Escala de Experiências Traumáticas (TEC); a Escala sobre o Otimismo; a Escala sobre a Esperança; o Inventário de *Mindfulness* de Freiburg – versão reduzida e a Escala da Autocompaixão (SELFCS).

## **Instrumentos**

Os instrumentos selecionados para o cumprimento dos objetivos proposto nesta investigação foram sempre lidos e preenchidos pela investigadora.

### **Questionário sociodemográfico – Apêndice 3.**

O Questionário sociodemográfico foi realizado com o objetivo de recolher informações relativas à idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, há quantos anos tem a deficiência, qual a etiologia e se o participante se encontra institucionalizado.

### **Questionário para avaliar os sintomas psicopatológicos - *Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21)* – Anexo 1.**

O questionário “*Depression, Anxiety and Stress Scale*”, versão curta de 21 itens foi desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995). A versão portuguesa utilizada nesta investigação a versão adaptada por Apóstolo e colaboradores (2006).

Este instrumento tem por objetivo avaliar os estados emocionais negativos e é composto por três subescalas: depressão, ansiedade e *stress*, sendo cada subescala constituída por sete itens cada (*depressão*: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; *ansiedade*: 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20; *stress*: 1, 6, 8, 11, 12 e 14). A subescala que avalia a *sintomatologia depressiva* mede a presença de anedonia, disforia, ausência de interesse, inércia, desvalorização e desmotivação; a subescala que mede a *ansiedade* avalia a componente relacionada com a alteração do sistema nervoso e a resultante de inúmeras situações; e a subescala que avalia o *stress* mede a vivência de impaciência, irritabilidade e elevada excitabilidade.

Os itens são respondidos através de uma escala de Likert de quatro pontos (zero = “não se aplicou a mim”; um = “Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo”; dois = “Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo”; e três = “aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo”).

Na versão portuguesa de Apóstolo e colaboradores (2006), utilizada neste trabalho, foi pedido ao participante que indicasse o quanto cada enunciado se aplicou a si durante os últimos dias (Apóstolo et al., 2006). As cotações consistem no somatório dos itens pertencentes às subescalas. As pontuações oscilam entre um valor mínimo de zero e máximo de 21. As cotações mais elevadas remetem-nos para estados emocionais negativos (Lovibond e Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006).

Quanto à consistência interna da *DASS-21*, na versão portuguesa de Apóstolo e colaboradores (2006), os resultados obtidos foram elevados: no total das três subescalas obteve-se um alfa de Cronbach de 0,95; na subescala *depressão* obteve um alfa de Cronbach

de 0,90; na subescala *stress* obteve um alfa de 0,88; e na subescala *ansiedade* obteve um alfa de 0,86.

No nosso estudo, a consistência interna, medida pelo modelo alfa de Cronbach, para o total das três escalas foi de 0,83, um valor inferior ao estudo da versão portuguesa referenciada acima, mas igualmente um valor bom (Pallant, 2007). O alfa de Cronbach obtido para as três dimensões nas três subescalas foi: *depressão* alfa de 0,78; *stress* alfa de 0,61; *ansiedade* alfa de 0,77.

### **Dissociative Experiences Scale (DES) – Anexo 2.**

A DES foi desenvolvida por Bernstein e Putman (1986) e é constituído por 28 itens que medem a frequência de experiências dissociativas pelas quais os participantes passem ou possam ter passado. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa da DES, adaptada e validada por Espírito Santo e Pio Abreu (2009) com base numa amostra de 570 participantes.

Cada questão tem 11 respostas possíveis e o participante deve assinalar a percentagem de tempo que experimenta cada sintoma, representada por valores entre 0% a 100%, e que variam de 10 em 10%. O resultado total calcula-se através da média da soma das pontuações de todos os itens. Esta escala destina-se a medir quatro fatores cada um com os seus itens correspondentes: *Despersonalização* (12; 13; 28; 11; 7; 16; 27), *Absorção* (23; 22; 17; 18; 14; 20; 19), *Distratibilidade* (25; 24; 26; 1; 2; 15; 21) e *Distúrbios da memória* (5; 3; 8; 4; 6; 9), *outro* (10). O primeiro fator, *Despersonalização-desrealização* está associado a experiências de sentir-se desligado, separado de si mesmo, do corpo e das outras pessoas; o segundo fator, *Absorção*, relaciona-se com experiências de envolvimento numa atividade, memória ou fantasia com alheamento em relação ao ambiente, com a capacidade de ignorar dor e com o conseguir fazer coisas habitualmente difíceis; o terceiro fator, *Distratibilidade*, inclui as experiências de perda de parte da informação de acontecimentos, de encontrar coisas que não se lembra de fazer e confusão sobre memórias; o quarto fator está ligado à *Memória perturbada*, caracterizada pelos esquecimentos graves (Espírito Santo e Pio Abreu, 2008).

A DES tem uma boa capacidade de detetar patologia dissociativa na população clínica e não clínica. Num grupo clínico com perturbação dissociativa os autores encontraram um média de 37,68 (*DP* = 13,48); no grupo clínico sem perturbação dissociativa a média obtida foi de 18,63 (*DP* = 10,19). Na amostra não clínica a média obtida foi de 10,02 (*DP* = 6,50) (Espírito-Santo e Abreu, 2009).

O ponto de corte para esta população foi de 30 valores, produzindo assim a discriminação entre indivíduos que têm perturbação dissociativa daqueles que não têm. O alfa

de Cronbach obtido pelos autores foi de 0,94. No nosso estudo, o valor de consistência interna obtido na escala total foi de 0,96, o que indica assim, uma boa confiabilidade.

### **Escala de Experiências Traumáticas (TEC) – Anexo 3.**

Esta escala foi desenvolvida por Nijenhuis, van der Hart e Vanderlinden (1999), adaptada e validada por Espírito-Santo e Rocha (2008) e é um questionário de autorresposta que aborda 29 tipos de trauma, a idade em que ocorreram, a sua duração e o seu impacto. Estas 29 experiências são depois agrupadas em negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio e abuso sexual bem como o ambiente onde ocorreu se na família de origem, família alargada ou em outra situação social (Nijenhuis, 1998).

A gravidade do trauma total pode variar de zero (0) a treze (13) (negligência e abuso emocional, abuso físico, e assédio ou abuso sexual) ou de zero (0) a vinte e quatro (24) (ameaça corpo, dor e bizarra punição/estranho). Para o cálculo da pontuação total e das pontuações por áreas traumáticas recorreu-se às sintaxes criadas pelo autor e disponíveis na sua página web (Nijenhuis, s.d).

Na versão portuguesa, a pontuação média total das presenças traumáticas foi de 4,47 ( $DP = 3,96$ ) e a consistência interna apresentou um valor de 0,93 (Espírito-Santo et al., 2009). No nosso estudo o valor de consistência interna obtido foi de 0,94.

Num estudo efetuado por Espírito Santo et al. (2013) o grupo de sujeitos dependentes de substâncias e álcool, teve a média mais alta ( $MD \pm DP = 27,2 \pm 6,31$ ), seguido do grupo das pessoas que foram vítimas de violência doméstica ( $MD \pm DP = 8,65 \pm 3,82$ ), depois pelo grupo de indivíduos com perturbações de humor ( $MD \pm DP = 6,69 \pm 3,12$ ) e, finalmente, pelo grupo de população não clínica ( $MD \pm DP = 2,06 \pm 2,57$ ). A análise ROC na TEC portuguesa revelou um ponto de corte de 5,5, o que significa que ter seis experiências traumáticas indicia a presença de perturbação psicológica (Espírito Santo et al., 2013).

### **Escala da Autocompaixão (SELFCS) – Anexo 4.**

A SELFCS é uma escala de autorrelato desenvolvida por Neff (2003), traduzida e adaptada para a versão portuguesa por Pinto Gouveia e Castilho (2006). Esta escala é constituída por 26 itens e organizada em seis subescalas que avaliam as seguintes dimensões: Calor/Compreensão (p.e., *“Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto”*), Autocrítica (p.e., *“Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”*), Condição Humana (p.e., *“Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”*), Isolamento (p.e., *“Quando penso*



*acerca das minhas inadaptações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo*”), *Mindfulness* (p.e., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”), e Sobreidentificação (ex: “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”). Esta escala tem o formato de resposta tipo Likert de cinco pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre). As pontuações para cada subescala derivam da média da soma dos itens que a compõem. Para o total da escala, as subescalas Isolamento, Autocrítica e Sobreidentificação são cotadas inversamente, de forma a que as pontuações mais elevadas correspondem a elevados níveis de Autocompaixão (Cunha, Xavier e Vitória, 2013), ou seja, indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão relatam serem igualmente amáveis consigo próprios e com os outros, enquanto que os indivíduos com níveis mais baixos de autocompaixão descreveram ser mais amáveis com os outros do que consigo próprios (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011). A versão portuguesa da Escala da Autocompaixão (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011) aplicada a adultos revelou uma adequada consistência interna apresentando um alfa de Cronbach do total da escala de 0,89. As subescalas apresentaram os seguintes valores: Calor/Compreensão alfa de 0,84; Autocrítica alfa de 0,82; Condição Humana alfa de 0,77; Isolamento alfa de 0,75; *Mindfulness* alfa de 0,73; Sobreidentificação alfa de 0,78. Outra característica analisada foi a validade de constructo e os dados obtidos sugeriram uma boa validade, na medida em que esta não evidenciou uma correlação significativa com a desejabilidade social (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011).

No estudo de Neff (2003), a análise fatorial delimitou seis fatores com consistências internas (alfa de Cronbach) moderadas a boas: Calor/Compreensão 0,78; Autocrítica 0,77; Condição Humana 0,80; Isolamento 0,79; *Mindfulness* 0,75; Sobre Identificação 0,81. A consistência interna da escala total aprezentou o valor alfa de 0,92.

No nosso estudo, os valores de consistência interna das subescalas, calculados com o modelo alfa de Cronbach, foram os seguintes: Calor/Compreensão 0,74; Autocrítica 0,73; Condição Humana 0,86; Isolamento 0,74; *Mindfulness* 0,85; Sobreidentificação 0,74. Os valores encontrados nas subescalas remetem uma razoável consistência interna, com exceção da subescala de *Mindfulness* que apresenta um valor considerado bom (Pallant, 2007).

Nos estudos utilizados sobre a presente escala (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011; Cunha, Xavier e Vitória, 2013; Neff, 2003a) verificámos que para efetuar o cálculo das pontuações, cada equipa de autores utilizou um procedimento diferente. No estudo original de Neff (2003), a autora divide o total da escala pelas seis subescalas; no estudo português de Castilho e Pinto Gouveia (2011) os autores utilizaram o valor total da escala; no estudo

português com adolescentes de Cunha, Xavier e Vitória (2013), as autoras dividiram o total da escala pelo total de itens (26).

A fim de ser elucidativo, no quadro abaixo apresentamos os valores consuate a forma de cálculo de cada autor, no entanto o Quadro 1 apresentamos os valores pela soma total de itens, tal como o estudo de validação na população portuguesa em adultos de Castilho, e Pinto-Gouveia (2011).

Quadro 1  
Média e Desvio Padrão da pontuação da SELFCS em diferentes estudos

<b>Autores</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>MD</b>	<b>DP</b>
Neff, 2003	Divide o total da escala por seis	18,65	3,75
Castilho e Pinto Gouveia, 2011	Soma total bruto dos itens	84,04	13,25
Cunha, Xavier e Vitória, 2013	Divide o total da escala por 26	3,07	0,52

#### **Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI) Versão Reduzida - Anexo 5.**

O FMI utilizado na investigação para o presente trabalho foi a versão reduzida de Walach, Buchheld, Grossman e Schmidt (2006), traduzida e adaptada por Pinto Gouveia e Gregório (2007). Este instrumento mede o *mindfulness* enquanto constructo geral com várias facetas interrelacionadas, nomeadamente, um componente cognitivo, um componente processual, um componente de aceitação da experiência e um componente de não julgamento (Walach et al., 2006). Os mesmos autores referem que os itens da presente escala podem ser considerados o núcleo do construto de *mindfulness* e que abragem todos os aspetos do *mindfulness*. Este instrumento é composto por catorze itens, com formato de resposta tipo Likert, com respostas entre um e quatro (1 = “raramente”, 4 = “quase sempre”). A pontuação total de *mindfulness* obtém-se a partir da soma de todos os itens. Quanto maior a pontuação total, maior a extensão de *mindfulness* (Gregório e Pinto-Gouveia, 2011).

Na versão original a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, obtida foi de 0,86 (Walach et al., 2006). Os dados da validação portuguesa não se encontram disponíveis (Galhardo, 2013). A média obtida no estudo original, em população não clínica, foi de 37,24 ( $DP = 5,63$ ). No nosso estudo, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,74, um valor aceitável (Pallant, 2007).

#### **Escala Sobre o otimismo – Anexo 6.**

Para a avaliação do constructo otimismo, no nosso estudo, foi utilizada a Escala Sobre o Otimismo de Barros (1998). Esta escala pretende identificar algumas atitudes da pessoa

face ao mundo, ou seja, o otimismo disposicional (Vitorino, Morgado e Sequeira, 2011). É uma escala de autorresposta que inclui quatro itens que constituem uma dimensão. A resposta é dada numa escala ordinal de cinco posições, do tipo Likert, com respostas entre um “totalmente em desacordo” e cinco “totalmente de acordo” em afirmações tais como “Encaro o futuro com otimismo”.

No estudo original (Barros-Oliveira, 2010), a consistência interna foi de 0,80 e a média encontrada na população não-clínica adulta foi de 3,88 ( $DP = 0,65$ ). No nosso estudo o alfa de Cronbach apresentou um índice de 0,81.

### **Escala Sobre a Esperança – Anexo 7.**

No sentido de avaliar a esperança, utilizámos a Escala Sobre a Esperança de Barros (2003). Esta escala é constituída por seis itens repartidos numa escala tipo Likert de cinco pontos, sendo um - totalmente em desacordo (absolutamente não); dois - bastante em desacordo (não); três - nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos); quatro - bastante de acordo (sim) e cinco - totalmente de acordo (absolutamente sim). Esta escala foi elaborada a partir da teoria psicológica sobre a esperança (Barros-Oliveira, 2003). A consistência interna da Escala Sobre a Esperança foi verificada através do coeficiente alfa de Cronbach que apresentou um índice de 0,80, valor que pode ser considerado elevado dado os poucos itens da escala. Atendendo à estrutura fatorial pode ser considerada uma escala com boa fidelidade ou consistência interna (Barros-Oliveira, 2003). A média obtida pelo autor foi de 3,91 ( $DP = 0,60$ ). O autor refere que os resultados obtidos fazem supor que a pessoa com esperança é feliz, otimista e satisfeita (e vice-versa). Relativamente à cotação da escala, a pontuação total de esperança calcula-se pelo somatório de respostas aos seis itens, com um mínimo possível de seis e um máximo de trinta. São considerados sujeitos com “pouca” esperança os que obtiverem pontuações menores a quinze (15) e com “muita” esperança os que pontuam acima de quinze (15) (Barros-Oliveira, 2003). No nosso estudo o valor obtido pelo alfa de Cronbach foi de 0,67.

### **Participantes**

A amostra ficou constituída por 20 sujeitos com deficiência visual, dos quais onze (55,0%) com deficiência congénita e nove (45,0%) com deficiência adquirida. A média de idades foi de 41,7 anos ( $DP = 11,7$ ), com uma ligeira preponderância do género feminino (55,0%), maioritariamente casados (70,0%) e com o ensino secundário (55,0%). Os grupos de deficiência eram semelhantes em termos de idade ( $t = -1,11$ ,  $p = 0,281$ ), género (teste Fisher:

$p = 0,653$ ), estado civil (teste Fisher,  $p = 0,336$ ) e escolaridade ( $\chi^2 = 5,950$ ,  $p = 0,058$ ). Em termos de profissão, há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos com profissões de tipo intelectual nos sujeitos com deficiência visual congénita (72,7% vs 14,3%, teste de Fisher,  $p = 0,050$ ).

Tabela 1

*Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

	Total		Com deficiência Congénita		Com deficiência Adquirida		$t/\chi^2$	
	(N = 20)		(n = 11)		(n = 9)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>p</i>
Idade	41,70	11,70	39,09	8,8	44,8	14,3	-1,11 <sup>¥</sup>	0,281
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Género								0,653
<b>Masculino</b>	9	45	4	44,4	5	55,6		
<b>Feminino</b>	11	55	7	63,6	4	36,4		
Estado Civil								0,336
<b>Solteiro(a)</b>	6	30	2	18,2	4	44,4		
<b>Casado(a)</b>	14	70	9	81,8	5	55,6		
Escolaridade							5,95 <sup>π</sup>	0,058
<b>2º ciclo ou menos</b>	4	20	1	9	3	33,33		
<b>Secundário</b>	11	55	5	45,5	6	66,7		
<b>Superior</b>	5	25	5	45,5	0	0		
Profissão								,050*
<b>Intelectual</b>	9	50	8	72,7	1	14,3		
<b>Manual</b>	9	20	3	27,3	6	85,7		

*M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância

\* $p < ,05$ ; <sup>¥</sup> Teste *t* de Student; <sup>π</sup> Teste Qui-quadrado

## **Análise Estatística**

Para a análise estatística utilizámos o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows Vista, Inc., 2011.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências, médias e desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta efetuámos ainda a análise de consistência interna através do alfa de Cronbach, testes *t* de Student (para analisar a diferença de idades e testar e testar as diferenças entre deficiência congénita e adquirida), o teste de Fisher para comparar a diferença de proporções no género, o estado civil e profissão e o teste do Qui-quadrado para comparar a diferença de proporções na escolaridade. Os pressupostos do teste *t* de Student, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Shapiro-Wilk e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos, e uma vez que o tamanho da amostra e dos subgrupos eram muito reduzido, foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney. Utilizaram-se também os coeficientes de correlação de Spearman (para as variáveis sem distribuição normal) e os coeficientes de correlação de Pearson (para as variáveis com distribuição normal). Para verificar o tamanho de efeito, foi utilizado o teste de Hedges. A utilização de medidas de efeito é recomendada pela *American Psychological Association* que considera a descrição de medidas de magnitudes de efeito como fundamental na grande maioria dos estudos em psicologia (Wilkinson e APA, 1999; Espírito-Santo e Daniel, 2014). Considerámos como tamanhos de efeito muito alto os valores acima de 1,30; alto os valores entre 0,80 e 1,29; médio os valores entre 0,50 e 0,79; pequeno os valores entre 0,20 e 0,49 e insignificante os valores inferiores a 0,19 (Espírito-Santo e Daniel, 2014). Foi utilizado também o teste *t* de Student de uma amostra para verificar as diferenças entre as médias obtidas no nosso estudo com as médias obtidas em estudos publicados. Finalmente, usámos como valor mínimo de significância um alfa de 0,05.

## **RESULTADOS**

Na Tabela 2 apresentamos as estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos na bateria de testes utilizada no presente estudo. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão.

Tabela 2

*Estatísticas Descritivas das Escalas Utilizadas no Presente Estudo.*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Otimismo</b>	20	4,00	14,00	9,75	2,71
<b>Esperança</b>	20	11,00	21,00	15,40	3,20
<b>FMI Total</b>	20	27,00	42,00	34,85	4,53
FMI presença	20	8,00	20,00	15,50	2,85
FMI aceitação	20	13,00	26,00	19,35	3,61
<b>SELFCS Total</b>	20	67,00	94,00	78,04	6,40
Calor/Compreensão	20	8,00	18,00	12,75	2,44
Autocrítica	20	11,00	22,00	16,75	2,59
Condição Humana	20	5,00	15,00	10,70	2,34
Isolamento	20	9,00	19,00	13,70	2,36
<i>Mindfulness</i>	20	6,00	14,00	11,15	2,18
Sobre Identificao	20	10,00	19,00	14,85	2,71
<b>DES Total</b>	20	1,43	50,71	12,00	12,50
Despersonalização	20	0,00	45,71	9,42	12,15
Absorção	20	1,43	57,14	14,71	13,60
Distratibilidade	20	1,43	50,00	15,07	13,51
Memória alterada	20	0,00	50,00	8,16	12,70
<b>DASS – 21 Total</b>	20	21,00	50,00	30,90	7,94
Depressão	20	7,00	20,00	10,05	3,53
Ansiedade	20	7,00	16,00	10,40	2,54
Stress	20	6,00	15,00	9,85	2,51
<b>TEC Total</b>	19	1,00	9,00	4,84	2,50
Emocional	20	0,00	8,00	0,75	1,89
Físico	20	0,00	11,00	2,00	3,32
Sexual	20	0,00	3,00	0,15	0,67

FMI = Inventário de Mindfulness; SELFCS = Autocompaixão; DES = Escala de Experiências Dissociativas; DASS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; TEC = Escala de Experiências Traumáticas.

Na análise comparativa, efetuada através do Test  $t$  de Student uma amostra, entre os resultados obtidos em cada escala do nosso estudo (que pode ser observado na Tabela 2) e os resultados obtidos por estudos publicados, verificámos algumas diferenças estatisticamente significativas, que passamos a descrever. Na escala do Otimismo, comparando a média da nossa amostra total ( $MD \pm DP = 9,75 \pm 2,71$ ) com o resultado de uma amostra não clínica ( $MD \pm DP = 15,50 \pm 2,60$ ) (Barros-Oliveira J. H., 2010), a média da nossa amostra foi inferior na vivência do otimismo de forma estatisticamente significativa (-5,75 pontos;  $IC$  95% entre -7,02 e 4,48;  $t = -9,48$ ;  $gl = 19$ ;  $p < 0,001$ ).

A Escala sobre a Esperança no nosso estudo apresentou uma média de 15,40 ( $DP = 3,20$ ), comparando este resultado com os valores obtidos numa amostra não clínica com adultos ( $MD \pm DP = 15,64 \pm 2,40$ ) (Barros-Oliveira J. H., 2010), a média da nossa amostra não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,741$ ).

No FMI a média da amostra total foi de 34,85 ( $DP = 4,53$ ), comparando com a média do estudo original 37,24 ( $DP = 5,63$ ) (Walach, Buchheld, Bittenmuller, Kleinknecht e Schmidt, 2006), a média da nossa amostra apresenta-se inferior de forma estatisticamente significativa (-2,39 pontos;  $IC$  95% entre -4,51 e -0,03;  $t = -2,36$ ;  $gl = 19$ ;  $p = 0,03$ ).

O total da escala SELFCS no nosso estudo apresentou uma média de 79,90 ( $DP = 7,41$ ) um valor inferior ao estudo português 84,04 ( $DP = 13,25$ ) (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011), o que representa uma diferença estatisticamente significativa (-4,14 pontos;  $IC$  95% entre -7,61 e -0,67;  $t = 2,5$ ;  $gl = 19$ ;  $p = 0,02$ ).

Na DES total, a média obtida na nossa investigação foi de 12,00 ( $DP = 12,50$ ), no estudo de Espírito Santo e Abreu (2009) em população não clínica onde a média obtida foi de 10,02 ( $DP = 6,50$ ), verificámos que não existe diferença estatisticamente significativa (1,98 pontos;  $IC$  95% entre -3,87 e 7,83;  $t = 0,71$ ;  $gl = 19$ ;  $p = 0,49$ ). Na análise das subescalas da DES, quando comparadas as médias obtidas na amostra do presente estudo com a amostra não clínica do estudo referenciado acima, encontrámos na subescala *Despersonalização* um resultado superior e estatisticamente significativo (5,85 pontos;  $IC$  95% entre 0,16 e 11,54;  $t = 2,15$ ;  $gl = 19$ ;  $p = 0,04$ ).

Na análise à DASS-21, a média obtida na escala total foi de 30,90 ( $DP = 7,94$ ). Não temos valor de comparação com amostra não-clínica no estudo português. Comparando os valores obtidos nas subescalas depressão, ansiedade e *stress*, do nosso estudo com a população clínica do estudo de Apóstolo, Mendes e Azevedo (2006), na subescala de ansiedade a população do nosso estudo apresenta valores superiores ( $MD \pm DP = 10,40 \pm 7,16$ ) em relação à população clínica ( $MD \pm DP = 9,02 \pm 5,65$ ). Esta diferença apresenta um

resultado estatisticamente significativo (1,38 pontos;  $IC$  95% entre 0,19 e 2,57;  $t = 2,43$ ;  $gl = 19$ ;  $p = 0,02$ ).

Na TEC comparando a média da nossa amostra total ( $MD \pm DP = 4,84 \pm 2,50$ ) com a média da amostra não-clínica do estudo português de Espírito Santo e outros (2013) ( $MD \pm DP = 2,06 \pm 2,57$ ), a média na nossa amostra é superior e estatisticamente significativa (2,78 pontos;  $IC$  95% entre 1,58 e 3,99;  $t = 4,86$ ;  $gl = 19$ ;  $p < 0,001$ ).

Na Tabela 3 apresentamos os resultados obtidos para análise das diferenças entre deficiência congénita e adquirida. Estes resultados pretendem responder ao nosso objetivo onde procuramos saber se há diferenças nas dimensões positivas avaliadas pelo tipo de deficiência visual, congénita ou adquirida, bem como se existe diferenças entre os dois grupo nas dimensões negativas.

Na análise efetuada com o teste  $t$  de Student nas dimensões positivas não encontramos diferenças estatisticamente significativas. No entanto, encontramos a seguinte diferença estatisticamente significativa: *Experiências traumáticas* [ $t(17) = 2,632$ ,  $p = 0,017$ ], o que aponta que os sujeitos com deficiência visual adquirida reportam um número de experiências traumáticas significativamente mais elevado ( $MD \pm DP = 6,22 \pm 1,99$  vs.  $3,60 \pm 2,32$ ).

Através da análise do tamanho do efeito entre os dois grupos, analisado através do modelo de Hedges ( $g$ ), os resultados obtidos apresentam tamanhos de efeito alto no total das experiências traumáticas ( $g = 1,16$ ) e no item da TEC abuso físico ( $g = 0,87$ ). A análise obteve valores do tamanho de efeito médios, no item da TEC abuso emocional ( $g = 0,49$ ) e nos itens da DASS-21 depressão ( $g = 0,48$ ) e ansiedade ( $g = 0,48$ ). Foram ainda obtidos valores de tamanho de efeito médios nas escalas de construtos positivos: SELFCS total ( $g = 0,55$ ), item calor/compreensão ( $g = 0,63$ ), autocrítica ( $g = 0,48$ ), condição humana ( $g = 0,59$ ) e *mindfulness* ( $g = 0,48$ ). A escala do otimismo apresenta um valor de tamanho de efeito médio/baixo ( $g = 0,45$ ). O item da escala FMI *presença* apresenta um valor médio/alto ( $g = 0,77$ ) e o item aceitação apresenta um valor médio ( $g = 0,55$ ).



Tabela 3

*Comparação das Pontuações Médias da Deficiência Congénita e Deficiência Adquirida nas Experiências Positivas Medidas com as escalas Otimismo, Esperança, FMI, SELFCS, e Comparação das Médias nas Experiências Negativas Dissociação (DES), Sintomas Psicopatológicos (DASS-21) e Experiências Traumáticas (TEC).*

	Congénita		Adquirida		<i>p</i>	<i>g</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<b>Otimismo</b>	10,18	1,99	9,22	3,46	0,446	0,45
<b>Esperança</b>	15,18	3,22	15,67	3,35	0,746	0,00
<b>FMI total</b>	34,64	4,50	35,11	4,83	0,823	0,29
FMI presença	16,00	2,45	14,89	3,33	0,401	0,77
FMI aceitação	18,64	3,04	20,22	4,24	0,343	0,55
<b>SELFCS Total</b>	78,00	7,46	82,22	7,08	0,214	0,55
Calor/Compreensão	12,00	1,95	13,67	2,78	0,133	0,63
Autocrítica	16,27	2,72	17,33	2,45	0,377	0,48
Condição Humana	10,18	2,60	11,33	1,94	0,286	0,59
Isolamento	13,55	2,84	13,89	1,76	0,756	0,00
<i>Mindfulness</i>	10,91	2,34	11,44	2,07	0,599	0,48
Sobreidentificação	15,09	2,59	14,56	3,00	0,673	0,38
<b>DES Total</b>	12,01	10,69	11,98	15,11	0,621	0,08
Despersonalização	8,96	10,99	10,00	14,11	0,937	0,16
Absorção	13,77	10,96	15,87	16,92	0,970	0,15
Distratibilidade	16,49	13,24	13,33	14,45	0,267	0,21
Memória alterada	7,73	10,28	8,70	15,83	0,644	0,08
<b>DASS – 21 Total</b>	32,27	7,55	29,22	8,53	0,407	0,39
Depressão	10,27	3,13	9,78	4,15	0,764	0,28
Ansiedade	10,91	2,55	9,78	2,54	0,336	0,48
Stress	10,27	2,80	9,33	2,18	0,421	0,48
<b>TEC Total</b>	3,60	2,32	6,22	1,99	0,017*	1,16
Trauma emocional	1,00	2,49	0,44	0,73	0,527	0,49
Trauma físico	3,00	4,20	0,78	1,09	0,141	0,87
Abuso sexual	0,27	0,90	0,00	0,00	0,380	0,38

\*  $p < 0,05$   $g$  = tamanho do efeito Hedges

Tabela 4

*Correlações entre as Variáveis de Regulação Positiva e as Variáveis Negativas*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
2	,49*																					
3	-,01	-,02																				
4	,29	,10	,57**																			
5	-,22	-,36	,87**	,39																		
6	-,12	,02	,92**	,54*	,76**																	
7	,04	,24	,80**	,34	,62**	,71**																
8	-,22	-,12	,57**	,35	,38	,61**	,39															
9	-,17	-,14	,70**	,55*	,56*	,71**	,49*	,82**														
10	-,20	-,14	,48*	,13	,39	,42	,38	,79**	,51*													
11	-,17	-,06	,57**	,23	,36	,60**	,37	,95**	,69**	,81**												
12	,25	-,02	,00	-,18	,01	-,05	,24	-,12	-,04	-,02	-,17											
13	,35	,20	-,08	-,25	-,19	-,18	,23	-,19	-,26	,00	-,14	,81**										
14	-,07	,08	-,04	-,26	,03	-,12	,17	-,16	,00	-,07	-,19	,48*	,23									
15	-,09	-,04	,05	-,09	,10	-,03	,24	,18	,26	,24	,13	,25	-,06	,71**								
16	-,06	,12	-,09	-,36	-,04	-,10	,05	-,38	-,21	-,30	-,35	,41	,31	,79**	,16							
17	-,22	-,12	-,04	-,00	,09	,00	,08	-,08	-,14	-,18	-,15	-,36	-,50*	,05	,18	-,02						
18	-,47*	-,06	-,43	-,27	-,35	-,31	-,24	-,31	-,33	-,24	-,32	-,27	-,20	,31	,06	,45*	,43					
19	,19	,08	-,23	,02	-,14	-,26	-,07	-,28	-,24	-,36	-,34	-,13	-,23	-,02	,08	-,07	,64**	,14				
20	-,41	-,22	,02	-,04	-,01	,07	,00	,08	,11	-,08	-,01	-,12	-,18	,28	-,00	,41	,31	,54*	-,15			
21	-,13	-,24	,21	,03	,44	,20	,29	-,07	-,01	-,03	-,10	-,15	-,31	-,12	,02	-,11	,59**	,10	,44	-,15		
22	,08	,14	,03	-,08	,02	-,03	,20	,05	-,10	,05	,08	-,10	,02	-,15	,23	-,42	,35	-,25	,34	-,26	,03	
23	,21	-,06	,09	,27	,24	-,08	,17	-,16	-,07	-,08	-,26	-,09	-,22	-,23	,12	-,46	,36	-,33	,55*	-,38	,51*	,39

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$ 

1 = TEC - Trauma emocional; 2 = TEC - Trauma sexual; 3 = DES Total; 4 = DES Despersonalização; 5 = DES Absorção; 6 = DES Distratibilidade; 7 = DES Memória Alterada; 8 = DASS-21 Total;

9 = DASS-21 Depressão; 10 = DASS-21 Ansiedade; 11 = DASS-21 Stress; 12 = Otimismo; 13 = Esperança; 14 = FMI Total; 15 = FMI Presença; 16 = FMI Aceitação; 17 = SELFCS Total; 18 = SELFCS Compreensão calorosa; 19 = SELFCS Autocrítica; 20 = SELFCS Condição Humana; 21 = SELFCS Isolamento; 22 = SELFCS Atenção Plena; 23 = SELFCS Sobreidentificação.

Em cinza claro evidenciamos os coeficientes de correlação significativos entre as variáveis que não pertencem à mesma escala. Assim, o total dos sintomas psicopatológicos (DASS-21) correlaciona-se de forma positiva e moderada com o total das experiências dissociativas (DES) e com a distratibilidade. A depressão correlaciona-se de forma positiva e elevada com o total das experiências dissociativas e com a distratibilidade e de forma positiva e moderada com a despersonalização, absorção e memória alterada. A ansiedade correlaciona-se de forma positiva e moderada com o total das experiências dissociativas. O *stress* correlaciona-se de forma positiva e moderada com o total das experiências dissociativas e com a distratibilidade. A esperança correlaciona-se de forma significativa, positiva e elevada com o otimismo. O total de *Mindfulness* correlaciona-se de forma positiva e moderada com o otimismo. O trauma emocional correlaciona-se de forma negativa e moderada com a compreensão calorosa.

## Discussão

O nosso primeiro objetivo foi o de explorar se existem diferenças nas dimensões positivas em função do tipo de deficiência visual, congénita ou adquirida. Os resultados obtidos através do Test *t* de Student não apresentam diferenças estatisticamente significativas, no entanto, a comparação dos grupos efetuada através do tamanho de efeito, permite verificar que existem tamanhos de efeito médio nas dimensões de *Presença* ( $g = 0,77$ ), *Aceitação* ( $g = 0,55$ ), *Calor/Compreensão* ( $g = 0,63$ ), *Condição Humana* ( $g = 0,59$ ) e *Autocompaixão Total* ( $g = 0,55$ ), tendo ainda um tamanho de efeito pequeno na dimensão *Autocrítica* ( $g = 0,48$ ). Na análise aos resultados obtidos nos construtos negativos, o resultado obtido no total das *Experiências Traumáticas* ( $p = 0,017$ ) sugere que os sujeitos com deficiência adquirida reportam um número de experiências traumáticas significativamente mais elevado do que os sujeitos com deficiência congénita. A análise do tamanho de efeito nos construtos negativos revela um tamanho de efeito alto no Total das *Experiências Traumáticas* ( $g = 1,16$ ) e na subescala *Trauma Físico* ( $g = 0,87$ ). Encontramos ainda valores de efeito pequeno no *Trauma Emocional* ( $g = 0,49$ ) e nos resultados das subescalas da DASS-21 *Ansiedade* ( $g = 0,48$ ) e *Stress* ( $g = 0,48$ ). Estes resultados confirmam outros estudos publicados que referem valores mais elevados de sintomas psicopatológicos nas pessoas com deficiência visual adquirida

(Ammerman, Van-Hasselt e Hersen, 1986; Silveira e Sequeira, 2002). Colocamos a hipótese de que a perda de visão constitui um acontecimento traumático, bem como todo o processo de modificações pelo qual o indivíduo passa, quer na identidade, quer no dia a dia e no contexto familiar e social, entre outras modificações inerentes à nova condição obrigando o sujeito a uma readaptação à vida.

Através da comparação das médias obtidas no nosso estudo com as médias obtidas em estudos publicados, os resultados permitem verificar que as médias nos construtos positivos *Otimismo*, *Mindfulness* e *Autocompaixão*, foram inferiores no nosso estudo em comparação com as médias obtidas em estudos publicados com amostras não-clínicas, obtendo resultados estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) (Barros-Oliveira, 2003; Barros-Oliveira, 2010; Cunha, Xavier e Vitória, 2013; Walach et al., 2006). Comparando também os resultados das médias dos construtos negativos verificamos que existem alguns resultados superiores e estatisticamente significativos no nosso estudo em relação a estudos publicados. Na análise das médias da DES, obtivemos na subescala *Despersonalização* uma média superior e estatisticamente significativa no nosso estudo ( $p = 0,04$ ) em comparação com o estudo de Espírito Santo e Abreu (2009). Na subescala da DASS-21 *Ansiedade* obtivemos também uma média superior no nosso estudo ( $p = 0,02$ ) em comparação com população clínica do estudo de Apóstolo, Mendes e Azevedo (2006). O que permite supor que a ansiedade nas pessoas com deficiência visual é alta. O resultado, no construto ansiedade, do nosso estudo encontra-se de acordo com o estudo de Silveira e Sequeira (2002) que obtiveram valores elevados ao nível da ansiedade na população com deficiência visual em comparação com pessoas sem deficiência. De forma igualmente superior e estatisticamente significativa foram os resultados encontrados na TEC total do nosso estudo com os resultados obtidos na TEC total do estudo de Espírito Santo e outros (2013) ( $p < 0,01$ ). Assim, os resultados por nós obtidos, reforçam a pesquisa de Evens, Fletcher Wormald (2007) onde os resultados obtidos sugerem que a população com cegueira apresenta valores mais elevados de sintomas psicopatológicos, nomeadamente na depressão, em comparação com população normovisual.

No que concerne às correlações, onde tínhamos como objetivo de estudo verificar se havia relação entre as variáveis positivas (otimismo, esperança, *mindfulness* e autocompaixão) e as variáveis negativas (sintomas dissociativos, sintomas psicopatológicos e experiências traumáticas), os valores encontrados apresentaram uma correlação negativa entre o Trauma Emocional e a Compreensão Calorosa ( $p = -0,468$ ). Em resposta ao nosso objetivo, o valor obtido sugere que quanto maior o trauma emocional, menor a compreensão calorosa e vice-versa. Este resultado corrobora os estudos existentes que demonstram

associações significativas negativas entre a Autocompaixão e os construtos negativos (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011; Cunha, Xavier e Vitória, 2013; Neff, 2003), bem como o nosso resultado sugere que a compreensão calorosa enquanto característica positiva poderá atuar como barreira contra o trauma emocional. Vasquez e Hervás (2008) referem que a Autocompaixão, entre outras características positivas, atuam como proteção contra as perturbações.

Quanto aos valores estatisticamente significativos das restantes correlações, obtivemos correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Dissociação e os sintomas Psicopatológicos, o que apoia as pesquisas que indicam que os sintomas dissociativos se correlacionam com sintomas psicopatológicos como a ansiedade e a depressão (Nijenhuis, 1999; Steinberg e Schnall, 2001).

Quanto às variáveis positivas, a esperança correlaciona-se de forma significativa, positiva e elevada com o otimismo ( $p = 0,812$ ); este valor corrobora o estudo de Barros (2010) e o *mindfulness* total correlaciona-se de forma positiva e moderada com o otimismo. Apesar do *mindfulness* ser referenciado em vários estudos como um construto multifacetado (Gregório e Pinto-Gouveia, 2011; Walach et al., 2006) não encontramos nenhum estudo que apresentasse relação entre o *mindfulness* e o otimismo pelo que não temos comparação dos valores por nós obtidos com valores de outros estudos.

Apesar dos resultados por nós encontrados apresentarem diferenças entre a nossa amostra e os estudos consultados, é de salientar que a população da nossa amostra, ao frequentar a instituição ACAPO, representa um núcleo ativo de indivíduos, com processo de reabilitação efetuado ou a decorrer, o que pressupõe habilidades e competências já adquiridas que possivelmente atenuaram o impacto das experiências negativas. Os resultados obtidos permitem sugerir o desenvolvimento de intervenções que tenham como objetivo diminuir o impacto das experiências traumáticas na população com deficiência adquirida, bem como desenvolver programas que promovam nos deficientes visuais a esperança, o otimismo, a autocompaixão e a atenção plena. Esperamos que os nossos resultados permitam aos profissionais de saúde uma reflexão sobre possíveis estratégias de intervenção no sentido de minimizar as consequências funcionais e emocionais da deficiência visual.

A pouca adesão dos utentes da ACAPO no presente estudo encontra-se de acordo com a pouca adesão verificada noutros estudos, com população com deficiência visual (Silveira e Sequeira, 2002; Pedroso, Alves, Elyseu e João, 2012; Garaigordobil e Bernarás, 2009; Almeida e Araújo, 2013).

### **Limitações**

Como limitação do estudo, podemos destacar o baixo número de participantes, bem como, com base na pesquisa efetuada para o presente trabalho, verificamos que existem poucos estudos considerando as diferenças entre cegos congénitos e indivíduos com cegueira adquirida, o que dificultou a fundamentação teórica. Parece-nos ainda necessária uma reflexão acerca das condições de uso dos instrumentos de avaliação na população com deficiência visual essencialmente em instrumentos de autorresposta. Um instrumento de autorresposta que é lido e preenchido pelo investigador pode influenciar a resposta do participante, quer pela desejabilidade social quer pela manipulação de indicadores verbais que lhes permite fazer face aos fatores de ansiedade. Sugerimos que em futuros estudos a bateria de testes aplicada seja menor e que sejam pensadas hipóteses diferentes para as respostas aos questionários.

## Bibliografia

- ACAPO. (2014). *Associação dos cegos e ambliopes de Portugal*. Acesso em 29 de março de 2014, disponível em ACAPO:  
[http://www.acapo.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=202&catid=293](http://www.acapo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=202&catid=293)
- Alma, M. A., Van-der-Mei, S. F., Groothoff, J. W. e Suurmeijer, T. P. (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Qual Life Res*: 21, 87-97.
- Almeida, T. S., & Araújo, F. V. (2013). Diferenças Experienciais entre Pessoas com Cegueira Congênita e Adquirida: Uma Breve Apreciação. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, s.n.
- Amiralian, M. L. (2003). Deficiências: um novo olhar: contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos Clínicos*, 15, 94-111.
- Ammerman, R. T., Van-Hasselt, V. B. e Hersen, M. (1986). Psychological adjustment of visually handicapped Children and youth . *Clinical psychology, review*, 6 (1), 67-85.
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C. e Azeredo, Z. A. (2006). Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Rev Latino-am Enfermagem*, 14 (6), 863-871.
- Barros-Oliveira, J. H. (2003). Esperança - natureza e avaliação (proposta para uma nova escala). *Psicologia, educação e cultura*, 7 (1), 83-106.
- Barros-Oliveira, J. H. (2010). Felicidade, otimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psychologica*, 52 (1), 123-148.
- Bernstein, E. M., e Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Camargo, E. P. (2012). *Saberes docentes para inclusão do aluno com deficiência visual*. São Paulo : Unesp.
- Castilho, P. e Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala de Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica - Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 203-230.

- Cunha, A. C. e Enumo, S. R. (2003). Desenvolvimento da criança com deficiência visual e interação mãe-criança: algumas considerações. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), 33-46.
- Cunha, M., Xavier, A. e Vitória, I. (2013). Avaliação da Autocompaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da escala da Autocompaixão. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 4 (2), 95-117.
- Custódio, S., Pereira, A. e Seco, G. (2010). Otimismo e Stress em Estudantes de Enfermagem. *International journal of developmental and education psychology*, XXII, 1(1), 591-598.
- Espírito-Santo, H. e Abreu, J. L. (2009). Portuguese Validation of the Dissociative Experience Scale (DES). *Journal of Trauma & Dissociation*, 10:1-14, 2009, 1-14.
- Espírito Santo, H. e Daniel, F. (in press). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do  $p < 0,05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, xx(xx), xx.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Martins, L., Cassimo, S. e Xavier, M. (2013). The Portuguese Traumatic Experiences Checklist (TEC): Psychometrics and prevalence of traumatic experiences. *European Psychiatry*, 28(Supp. 1), 1., 1544.
- Evans, J. R., Fletcher, A. E. e Wormald, R. P. (2007). Depression and Anxiety in Visually Impaired Older People. *American Academy of Ophthalmology*, 114 (2), 283-288.
- Galhardo, A. (2013). *Coping with infertility: The Mindfulness Based*. Fonte: eshre - science moving people moving science : <http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Paramedical/Leuven%202013/GALHARDO.pdf>
- Garaigordobil, M. e Bernarás, E. (2009). Self-concept, Self-Esteem, Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Adolescents without Visual Impairment. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (1), 149-160.
- Gregório, S. e Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica - Avaliação psicológica em contexto clínico*, 54, 259-280.
- Lovibond, P. F. e Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS) With the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Press Res. Therapy*, 33 (3), 335-343.



- Magão, M. T. e Leal, I. (2002). *A promoção da esperança em pais de crianças com cancro*. Acesso em 29 de outubro de 2014, disponível em Isabel-leal: <http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/a%20promocao%20da%20esperanca%20nos%20pais%20de%20criancas%20com%20cancro.pdf>
- Marquès-Brocksopp, L. (2014). Mindfulness, spiritual well-being, and visual impairment: an exploratory study. *British Journal of Visual Impairment*, 32 (2), 108-123.
- Ministério da Educação - Secretaria de educação à distância. (2000). *Cadernos da TV Escola - Deficiência Visual*. Brasília: Mec - Secretaria da educação à distância.
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. *psychiatric outpatients. Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E. (s.d.). *Sintaxis*. Acedido em 13 de novembro de 2014, disponível em: [enijenhuis.nl](http://www.enijenhuis.nl/sdq2.html), <http://www.enijenhuis.nl/sdq2.html>.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *World Report on Disability*. São Paulo: Organização Mundial de Saúde.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. New York: McGrawWill.
- Pedroso, P., Alves, T., Elyseu, J. e João, C. (2012). A Prestação de Serviços e a Promoção de Vida Independente. *Programa operacional de assistência técnica - Fundo Social Europeu*.
- Steinberg M, Schnall M. (2001). *The Stranger in the Mirror: Dissociation - The Hidden Epidemic*. Acedido em 03 setembro de 2014, disponível em Amazon.com <http://www.amazon.com/The-Stranger-In-Mirror/dp/0060954876>.
- Silveira, M. J. e Sequeira, A. (2002). A saúde mental na inserção social da pessoa com cegueira adquirida. *Análise Psicológica*, 449-470.

- Viana, A. P. (2011). Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos: Validação Transcultural do Herth Hope Index. *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*.
- Vitorino, A., Morgado, S. e Sequeira, J. (2011). O mundo pertence aos otimistas. Estudo exploratório sobre otimismo em diferentes idades. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (5), 339-348.
- Walach, H., Buchheld, N., Battenmuller, V., Kleinknecht, N. e Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness - the Freiburg Mindfulness. *Personality and Individual Differences* 40, 1543-1555.
- WHO (2013). *Visual impairment and blindness*. Acedido em setembro de 2014, disponível em World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.
- Wilkinson, L. e APA Task Force on Statistical Inference (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54, 594-604.

**ANEXOS**